

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

N° 491

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

JEZIERNICKI Abraham

Né le 20 Novembre 1911, à Bialystok (Pologne)

Les urticaires non digestives et l'état de l'estomac

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART
59, Boulevard Saint-Michel, 59

1936

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

JEZIERNICKI Abraham

Né le 20 Novembre 1911, à Bialystok (Pologne)

Les urticaires non digestives et l'état de l'estomac

Président de Thèse : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART
59, Boulevard Saint-Michel, 59

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri). Pathologie médicale.
BERNARD (Et.) .. Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
DE GAUDART
D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBE (Henri) .. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL ... Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) .. Pathologie médicale
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY Pharmacologie.
LEVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETITDUTAILLIS Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE ... Médecine Légale.
PORTES Obstétrique.
RICHE Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIER Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale
BEZANÇON (J.) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE ..			
RY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

A MA FEMME

Etudiante en Médecine

Dont l'affection m'a soutenu et encouragé au cours de mes années d'étude.

Témoignage de mon amour profond et inaltérable.

A MA BELLE-MÈRE

A notre Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Professeur de Clinique de Dermatologie
et Syphiligraphie à la Faculté de Médecine
de Paris*

*Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.

A notre Maître

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHEVALLIER

*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris*

*Médecin de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé de ses précieux con-
seils.

Témoignage de respectueuse grati-
tude.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Depuis deux ans, notre Maître M. Paul Chevallier et M. François Moutier ont consacré plusieurs notes et mémoires à l'estomac des urticariens. Les observations de M. Paul Chevallier sont presque toutes inédites. Nous le remercions de nous avoir permis de reprendre l'étude d'une partie de ses observations, celles qui concernent les urticaires non digestives.

URTICAIRES DIGESTIVES ET URTICAIRES NON DIGESTIVES

La clinique permet de diviser les urticaires en deux variétés : les urticaires digestives et les urticaires non digestives.

Dans le premier groupe, la poussée urticarienne est provoquée par l'ingestion des aliments, que cette influence alimentaire soit élective pour certains aliments ou non élective, qu'elle soit évidente pour le malade lui-même ou qu'il faille la rechercher, au besoin par l'épreuve de la diète hydrique.

Dans le second groupe, la qualité de la nourriture et les phases de la digestion n'ont aucune influence. Les crises surviennent, soit sans raison apparente, soit après échauffement, ou tout autre cause classique.

MOYENS D'ÉTUDE DE L'ESTOMAC DES URTICARIENS

En règle générale, la digestion est parfaite. Mais il n'en est pas toujours ainsi; et l'on ne peut rien déduire des signes cliniques.

L'examen radiologique n'est pas utile.

Deux épreuves ont un grand intérêt : le tubage gastrique à jeun et la gastroscopie.

Le suc gastrique a été analysé par les collaborateurs de M. Paul Chevallier, MM. Sevaux et Lemeland, après épreuve de l'histamine de Carnot et Libert.

La gastroscopie a été faite par M. François Moutier dont on connaît la très haute compétence.

PREMIÈRE PARTIE

LES URTICAIRES NON DIGESTIVES CHRONIQUES

I

OBSERVATIONS

Obs. 1. — Rig... Geneviève, 31 ans, 23 mai 1935. Urticaire depuis l'âge de 14 ans. Père âgé de 72 ans, robuste et bien portant. Mère diabétique, artérioscléreuse, emphysémateuse, sujette à des phobies récidivantes, souffrant du foie, mais digérant bien.

L'urticaire est exagérée par les règles (surtout avant; la veille des règles il n'est pas rare que la malade ait des évanouissements). Elle est déclenchée par une joie ou une contrariété, le vent et le soleil; elle apparaît aussi presque immédiatement quand la malade court..., monte vite un escalier, etc. Enfin sans raison apparente, les aliments aussi ne paraissent avoir aucune nocivité. L'organisme vénérien n'a aucune influence nocive. Il existe deux sortes de poussées. Les *petites poussées* sont analogues à celles qu'elle nous montre ce matin; elle est survenue après une émotion minime; elle a démangé fort pendant la nuit et le grattage a été violent. L'éruption est

actuellement formée surtout de petites papules rouges disséminées sur les membres supérieurs et le tronc, papules qui ne démangent pas. Derrière les épaules, aux fesses, se retrouvent des plaques typiques d'urticaire. Les *grandes poussées* s'annoncent par une vive chaleur, des picotements à l'abdomen; le cœur bat très vite, le pouls bondit. Si la malade peut se déshabiller, les phénomènes s'atténuent; sinon survient une lipothymie avec perte de connaissance. A ce moment la malade est recouverte des pieds à la tête (sauf sur les doigts) de boursoufflures blanches entourées de rose. La chaleur intense dure de trois quarts d'heure à une heure, puis claquements de dents pendant une demi-heure, enfin grande lassitude tout le reste de la journée. L'éruption s'atténue assez rapidement et après une heure ou deux il ne reste que de petites plaques rouges. Pendant 2 ou 3 heures, la peau, a remarqué la malade, est pourtant vilaine, terne et grisâtre. Les démangeaisons sont surtout vives à l'abdomen, aux aisselles, au cou, et de façon générale, aux régions où la peau est fine.

Ces crises intenses et courtes ont une particularité rarement vue dans l'urticaire; *elles sont immunisantes* comme le sont les chocs anaphylactiques les plus typiques. Voici un exemple, que nous raconte la malade. Elle va au casino et commence à danser. Presque aussitôt elle sent ses jambes lourdes, puis la crise se déclenche, généralisée; après une heure l'urticaire a disparu; la malade se repose un peu; et tout le reste de la nuit elle danse impunément. Lorsque la crise est finie, précise la patiente, elle « peut tout faire », tout ce qu'elle n'aurait pu faire avant; elle est fatiguée, mais elle est préservée pour un temps qui va de 2-3 heures à 12-18 heures.

Tous les traitements possibles ont été faits; la malade a même eu recours à l'homéopathie dont les préparations ont, dit-elle, provoqué des malaises.

Digestions bonnes. Cependant la malade a des pesanteurs

post-prandiales et doit s'étendre une demi-heure aussitôt le repas fini; l'ingestion de liquide pendant le repas augmente les pesanteurs. Ictère à l'âge de 18 ans; après cet ictère, la malade fut examinée par le docteur Moutier qui ne trouva rien à l'estomac, et, en raison de la nervosité, fit mesurer le métabolisme basal qui fut normal. Actuellement dents, langue, forme de l'estomac normales. Les matières sont souvent pâles; elles sont moulées et lourdes (elles tombent toujours au fond de la cuvette). La malade a parfois un peu de bile dans la bouche le matin et quelques douleurs dans la région hépatique. On ne sent pas la vésicule et dans la région, la pression, même forte, est indolore. En revanche on détermine *au-dessous de l'ombilic* une très légère douleur. La malade est habituellement constipée; lorsque, sous l'influence de petits laxatifs les selles sont normales, il n'existe plus aucune douleur spontanée.

Périphlébite en novembre 1934 après une angine avec éruption de boutons; on voit à la partie interne du tiers supérieur de la jambe gauche des veines dilatées, entourées d'une teinte jaune d'ecchymose finissante.

Formation à 13-14 ans. Règles toutes les trois semaines; l'avance s'exagère à l'occasion d'émotions (la gastroscopie a fait venir les règles huit jours trop tôt). Les trois ou quatre premiers jours, hémorragie très abondante, puis quelques jours d'écoulement sanguin minime. Jusqu'au mariage, vives douleurs le premier jour des règles. Jamais de grossesse. Utérus et annexes normaux.

Système nerveux normal. Emotivité extrême : nous n'avons jamais vu de plus érythème pudique que chez cette malade. Vive activité intellectuelle. Femme brune, assez grande, bien en chair. Aucune adénopathie. Rate normale à la percussion. Cœur, etc., normaux. Tension artérielle 12-7 au Pachon.

Sang : Globules rouges, 4.112.000; hémoglobine, 90; valeur globulaire, 1,09; forme des hématies : normale en générale,

quelques hématies allongées; taille, couleur et colorabilité normales; réticulocytes, 1 %. Plaquettes, 200.000, normales. Leucocytes 8.600. Neutrophiles 60, 5 (Arneth 10, 33, 43, 14, 0), granulations normales. *Eosinophiles* 2,5. Basophiles 2. Lymphocytes 3,5 (5,5 petits). Monocytes 21,5 (14 sans grains d'azur). Temps de saignement allongé : 6 minutes en grosses gouttes, 16 minutes si l'on compte les petites gouttes très peu colorées.

Sur gastrique d'histamine : sécrétion abondante. Présence d'HCl; acidité libre 1, 7; acidité totale 2,4; ch. total 2,9.

Gastroscopie : 27 mai 1935. Muqueuse normale de teinte et d'aspect, plis normaux, aucune fragilité. La face postérieure du fundus présente un *soulèvement anormal*; au sommet de la zone soulevée la muqueuse est *beaucoup plus pâle*. Ce soulèvement est dû à un œdème localisé.

« Les selles sont moulées, brunes alcalines; les graisses sont parfaitement digérées; il n'y a ni cellulose digestible, ni amidon; seules les fibres musculaires sont assez mal attaquées, ayant pour la plupart gardé leurs angles et leurs stries, ce qui est un des signes précoces de l'insuffisance pancréatique; stagnation colique droite probable (*entamoeba coli* très nombreux). » (D^r R. Goiffon.) Les épreuves du kyste hydatique (Casoni, Weinberg) sont négatives (labor. du prof. Gosset).

Le premier *traitement* prescrit a été ferrugineux à hautes doses (4 grammes par jour): aucune intolérance, mais aucun résultat.

Le 16 juin 1935, on supprime le fer et on le remplace par du suc duodeno-pancréatique à fortes doses (12 cuillerées à café par jour de Pancréastase granulée). Le 3 juillet, la malade vient nous dire qu'elle est guérie. En réalité elle exagère un peu. Car si depuis huit jours elle n'a pas eu de crise, le déshabillage a fait apparaître sous nos yeux, en particulier aux faces externes des mains, de petites macules rouges; ces petites ma-

cules rouges, qui ne démangent pas du tout, sont l'équivalent d'une crise d'urticaire et c'est ainsi, nous dit la malade, que se sont toujours présentées les crises très atténuées. On peut donc admettre une presque guérison. La malade mange bien; elle mange en particulier des œufs, étant très gourmande d'entre-mets.

On prescrit de continuer le traitement, en reprenant café et thé afin de voir leurs effets. L'essai du café est malheureux: les crises reprennent; elles cessent dès qu'on le supprime.

Le flacon de suc pancréatique étant fini, la malade cesse ce médicament et continue le chlorhydrol. Pendant un mois, tout est parfait : aucune crise; « la malade nous bénit ».

Le 2 ou 3 août, bien que l'acide chlorhydrique soit continué, les crises reprennent. Ces crises ont les mêmes caractères que les précédentes; elles surviennent « alors qu'on s'y attend le moins », parce que la malade a été frappée par un rayon de soleil, qu'elle a marché vite, qu'elle a ébauché une discussion avec son mari ou a appris une bonne nouvelle, etc. Cependant elles sont moins fortes, « elle ne gênent plus le cœur ».

Le 23 août, on redonne des extraits de pancréas (poudre de pancréas Vidal, 6 à 8 gr. par jour).

Le 30 août, la malade, pendant la dernière semaine, « n'a jamais eu autant de crises » bien qu'elle ne prenne ni café ni thé; il est vrai qu'elle est dans la période prémenstruelle et est, comme toujours en pareille occurrence, d'une extrême nervosité. Les crises sont relativement petites (généralisées, mais sans phénomènes lipothymiques); elles sont subintrantes. On redonne la première préparation qui avait paru réussir (suc pancréatique mêlé de suc intestinal).

Le 8 septembre 1935, échec complet du traitement. La malade étant venue à pied, nous assistons à une (petite) crise

d'urticaire depuis son début jusqu'à sa fin; elle a duré en tout 40 minutes environ. D'abord la face interne des membres supérieurs, puis les faces externes et le tronc, se couvrent de papules blanches, aplaties et très saillantes, larges de 2 à 3 millimètres environ, puis ces papules s'élargissent, prennent un contour moins régulier; elles sont serrées dans les régions les premières atteintes. La comparaison de la malade est exacte; on dirait qu'elle a été frottée d'orties. Pendant les 20 premières minutes aucun érythème; puis érythème qui envahit progressivement. Devenues rares les papules s'affaissent de plus en plus; elles ont alors en partie conflué et sont rouges. En même temps, sensation de défaillance générale; au début, angoisse cardiaque qui s'atténue peu à peu. Enfin quelques tremblements. La rougeur persiste encore avec un peu de gonflement irrégulier. La malade se lève éreintée; le prurit a disparu.

Obs. 2. — Pah... Constant, 49 ans, emballleur, œdème de Quincke, 8 avril 1935. Début il y a 4 ans. D'abord crises rares, puis plus fréquentes. Certaines ont semblé d'abord provoquées par des chocs; aucune influence alimentaire; la très grande majorité des crises surviennent sans aucune cause. Les gros œdèmes siègent presque exclusivement au visage, aux mains et aux pieds, ils durent trois jours, et disparaissent sans laisser de traces.

Actuellement les crises surviennent tous les 8 à 15 jours. A la face (crises rares) l'œdème a occupé une fois tout le côté gauche, une autre fois l'œil droit, œdème rosé, mou, ne gardant pas l'empreinte du doigt. Aux pieds, la crise débute au talon, qui est très dur, et souvent lorsque le malade a eu les pieds mouillés. Aux mains, début par les doigts, généralement quand « il se donne des coups » : œdème rose. Très vives démangeaisons.

Eczéma probable (prurit et suintement) à la face, à l'âge de 17 ans, aux mains, à l'âge de 20 ans; cet eczéma a duré 15 à 20 ans, puis a disparu sans cause.

Le malade dit avoir eu des brûlures d'estomac et quelquefois après les repas des pesanteurs.

Examen général : rien à signaler. W. négatif. Cutiréaction tuberculinique nettement positive sous forme d'une papule rouge large comme une lentille.

Sang : 3 avril 1935 : Gl. r. 5.312.000; hg. 95; vg. 0,89, aspect normal. Plaquettes 204.000, normales, Gl. blancs 6.000. Neutrophiles 59,5 (Arneth 8, 36, 50, 51). *Eosinophiles* 5,5. Lymphocytes 11 (6 petits). Monocytes 24 (21 sans grains d'azur).

Suc gastrique d'histamine 4 avril 1935 : HCL +, ac. libre, 1,2 ac. totale 2, chl. lib. 3,6.

GastroscoPie 8 avril 1935 : Forte intolérance à l'air avec hyperesthésie des parois à la moindre pulsion. Grand estomac, mais antre préfermé. Kinésie antropylorique normale. Aucune fragilité de la muqueuse. Muqueuse extrêmement rouge. Plis normalement développés, mais étalés, d'aspect succulent. En résumé : estomac hyperkinétique *congestionné*.

Depuis assez longtemps, régime sans viande, sans poisson, sans œufs, sans charcuterie, sans sauces, avec beaucoup de pain : aucun résultat.

On donne un régime carné et du fer.

Obs. 3. — Cons... Simone, 43 ans, vendeuse, 17 juin 1935. Œdème de Quincke depuis un an et demi environ. A intervalles de quelques semaines, apparaissent avant ou après les règles,

mais sans cause alimentaire, de grosses tuméfactions localisées presque toujours à la face, derrière les oreilles, sous les yeux. Chaque poussée dure 8 à 10 jours; elle est donc fort longue; elle a un maximum très vite atteint, elle reste stationnaire puis décroît lentement. Lorsque nous voyons la malade pour la première fois, l'œdème occupe l'œil droit : il est léger à la paupière supérieure; la paupière inférieure est au contraire très gonflée et ce gonflement s'étend en bas presque jusqu'à la narine. On remarque la couleur rouge sombre de la peau qui n'est pas la plus habituelle dans l'œdème de Quincke; mais la peau ne présente pas en même temps d'éléments urticariens.

De façon constante la malade digère mal. Peu de temps après avoir mangé, elle ressent une pesanteur épigastrique; elle a des aigreurs, et parfois, deux à quatre heures après le repas, rejette des aliments ou de la bile.

Suc gastrique d'histamine : sécrétion moyenne. Présence d'HCl; acidité libre 1,9; acidité totale 2,3; chlore total 4,5; donc sécrétion chlorique normale ou exagérée.

Glossite losangique médiane typique. Lépothrix axillaire discret. Le reste de l'examen ne décèle aucune particularité. Nervosisme modéré.

Sang : globules rouges 4.392.000; hémoglobine 85; Vgl. 0,96; aspect normal des hématies; réticulocytes 0,5 %. Plaquettes 296.000, normales. Leucocytes 6.600. Neutrophiles 70 % (Arneth 10, 33, 43, 12, 2), gran. normales. *Eosinophiles* 5. *Basophiles* 1. Lymphocytes 7 (dont 4,5 petits). Monocytes 17 (dont 9,5 sans grains azur). Wassermann et autres réactions négatives. Urée sanguine 0,40.

GastroscoPie, 24 juin 1935. Estomac très particulier. L'antrum et le pylore ont subi une rotation de 120°; ils sont directement en bas sud-ouest au lieu d'être en haut nord-ouest. L'estomac est très étroit. Ces deux particularités sont dues à un

gonflement considérable qui soulève la petite courbure et la partie haute de la face antérieure. Le bombement comprend à son milieu un second bombement surajouté. La couleur en est légèrement plus pâle que celle du reste de la muqueuse. L'aspect est d'une infiltration œdémateuse. Cet œdème contraste avec l'aspect normal du reste de l'estomac. L'antré n'est pas modifié; ces contractions sont extrêmement actives et l'on voit une faux godronnée; le pylore est invisible. De part et d'autre de la grande courbure, les plis fundiques sont normaux.

Cet œdème de Quincke de l'estomac est d'autant plus remarquable qu'actuellement la malade ne se plaint d'aucun trouble gastrique, en dehors des pesanteurs post-prandiales habituelles.

Il nous paraît cependant probable qu'en d'autres régions de l'estomac et des régions adjacentes, les poussées œdémateuses ne sont pas latentes. La malade nous raconte, en effet, qu'elle a été soignée pour le foie (boldo), d'ailleurs sans résultats, parce qu'il y a quelque temps elle eût plusieurs crises douloureuses, sortes de coliques, qui faisaient le tour de la taille, duraient un à deux jours et disparaissaient spontanément.

Une seconde gastroscopie a été faite huit jours plus tard. Elle montre une grande diminution de l'œdème qui ne forme plus que des plaques mal limitées un peu saillantes dans la région auparavant déformée. « L'œdème intense de la petite courbure, de la face antérieure et de la face postérieure du fundus, qui s'opposait à l'introspection de l'antré, a presque disparu : l'antré est bien visible. Il persiste encore un état lisse de la face antérieure, mais rosé et en plus blanc; l'œdème, avec pâleur de la muqueuse, demeure appréciable encore à la face de l'antré, et, comme d'habitude, surtout au niveau du pilier antérieur. »

Traitement 3 gr. de fer par jour. Après trente-trois jours de cette médication, la malade n'a pas engraisé, mais repris

de l'appétit et ses troubles digestifs habituels sont, dit-elle, un peu diminués. Cependant, lorsqu'on la fait préciser, elle dit que les troubles post-prandiaux sont identiques : dès qu'elle mange, et à mesure qu'elle mange, il lui semble se remplir, « l'estomac est plein » ; les malaises durent trois à quatre heures, le maximum suivant immédiatement la fin du repas.

L'amélioration consiste en ceci, que la malade a l'impression d'aller mieux et qu'elle a pu travailler sans avoir de malaises à chaque instant, comme elle en avait depuis quelque temps.

L'action sur l'œdème urticarien a été à peu près nul. La malade est bien restée un mois environ sans crise; mais, avant tout traitement, ses crises pouvaient durer plusieurs semaines, mais ne survenaient guère que tous les deux ou trois mois. La dernière crise visible est survenue vers le 13 août. Elle a été précédée d'une huitaine, et pendant trois à quatre jours, de douleurs vives entre les épaules, qu'on aurait dit siéger dans les os même de la colonne vertébrale, entre la septième cervicale et la quatrième dorsale; ces douleurs duraient jour et nuit; elles ne s'accompagnaient d'aucun gonflement; elles irradiaient dans l'épaule gauche, le bras gauche et s'arrêtaient au coude, à son sommet.

La crise cutanée consécutive a consisté en un gros œdème de l'œil gauche; contrairement à ce qui se produit d'habitude (mais non de façon constante), l'œdème ne s'est pas promené d'un œil à l'autre, la crise a été moins forte et n'a duré que cinq jours au lieu d'une dizaine.

Le 23 août, tout traitement est cessé depuis huit jours. Il n'y a pas d'œdème; l'état général est satisfaisant. L'action du fer paraissant médiocre, on prescrit un traitement pancréatique (3 gr. de poudre par jour). Le pancréas a fait disparaître les vomissements apparemment sans cause qui survenaient tous les 2-3 jours.

Les crises d'œdème de Quincke ont disparu jusqu'en décembre 1935. Ce mois, l'œdème est revenu avant et après les règles et chaque poussée a duré 3 jours : la malade avait cessé les cachets de pancréas depuis fin octobre. Le 20 janvier 1936, on redonne le pancréas.

Obs. 4. — Vern... Antoine, 65 ans, maître d'hôtel, 31 décembre 1935. En février 1935, prurit contre lequel on fit le traitement de la gale; il reste un prurit modéré. En mai, apparition brusque, sans cause apparente d'urticaire en taches érythémateuses très prurigineuses; l'éruption apparaît et disparaît de façon capricieuse, le jour et la nuit. Le malade est traité en vain dans différents hôpitaux.

En décembre 1935, éruption revenant sans cesse, prurit violent empêchant le sommeil. Il s'agit d'une urticaire d'aspect un peu inhabituel; il semble y avoir association de prurigo papuleux disséminé et d'urticaire rose. Le prurigo papuleux disséminé est permanent; il est caractérisé par de petites papules, toutes décapitées par le grattage, éparses en nombre modéré sur tout le corps. L'urticaire est intermittente, bien que les poussées sont très fréquentes et parfois incessantes. Elle est formée de plaques très légèrement saillantes de 0 fr. 50 à 1 fr. à contours nets mais irréguliers, qui sont séparées ou confluent en assez vastes plaques; la surface est rose vif, parfois centrée par une zone blanche un peu surélevée. Chaque éruption dure d'une demi-heure à 3 heures et est habituellement formée d'un nombre restreint d'éléments (5 à 10) sur les membres, le dos ou la poitrine; le prurit est très vif. Il y a souvent 3 ou 4 poussées en 24 heures.

Tous les organes sont normaux. Digestions excellentes. Face rouge. Pas de signes d'alcoolisme, bien que des excès aient été faits autrefois.

Sang : 3 janvier 1936 : gl. r. 5.280.000; hg 100; vgl 0,94. Plaquettes 248.000. Gl. bl. 9.000. Neutrophiles 62,5 (Arneth 12, 43, 31, 12, 2,). *Eosinophiles* 5. *Basophiles* 0,5. *Lymphocytes* 3,5 (0 petit). *Monocytes* 28,5 (4 à granul.). W. négatif.

L'examen gastrique fait ressortir un contraste remarquable entre une achlorhydrie *persistante* et une muqueuse gastrique tout à fait normale.

Suc gastrique d'histamine, 4 janvier 1936 : HCI libre 0,6, ac. totale 0,9, chl. total 3,5. — 17 mars 1936, deux mois et demi après : HCI libre 0, ac. total 0,9, chl. total 3,6.

GastroscoPie 13 janvier 1936 : estomac rigoureusement normal à plis admirablement développés.

Tous les *traitements* ont échoué jusqu'à ce jour (début mai 1936). Avant l'entrée du malade à l'hôpital Cochin, avaient été essayés en vain : l'autohémothérapie, l'hyposulfite de soude intraveineux, la dermosplénine, les peptones préprandiales, le manganèse et les hyposulfites buccaux. Dans le service du D^r Paul Chevallier ont échoué le fer à très hautes doses, les extraits pancréatiques à fréquentes et à hautes doses, l'insuline (5 unités matin et soir) en injection, le chlorure de sodium et le chlorure de calcium, l'ephédrine, l'acide ascorbique, l'intradermothérapie histaminique, etc.; sauf l'histamine qui n'a pas été poursuivie en raison d'une très vive réaction locale et générale (bien que les doses injectées dans le derme ont été extrêmement minimes), toutes les autres médications ont été essayées un temps suffisant (15 à 20 jours).

Un phénomène s'est produit, qui a été constaté à l'hôpital Cochin et que le malade avait signalé dès son entrée, au sujet des traitements déjà tentés : *au début de la plupart des médications se produit une amélioration légère mais nette, mais elle ne persiste pas*, même si l'on fait varier, et en particulier si l'on augmente les doses du médicament. La plus longue amélio-

ration a été avec la poudre de pancréas total : après 4 jours à 4 gr. par jour, très nette amélioration (démangeaisons moins violentes et surtout moins fréquentes; sommeil possible); 6 gr. ne font pas gagner du terrain; ni 8 gr.; l'urticaire est revenue à peu près identique; on redonne à 4 gr. : en vain. Le fer (6 gr. par jour) a fait diminuer le prurit et revenir le sommeil; mais l'amélioration a été légère et n'a duré que 5 à 6 jours. L'insuline n'a eu aucune action. Les autres médications ont donné des résultats de même ordre, y compris le régime chloruré, et la déchloruration (régime, diurétique, déchlorurants).

Obs. 5. — For... Nelly, 32 ans, 10 février 1936. Pleurésie il y a 10 ans. Suivie depuis plusieurs années dans le service du D^r Paul Chevallier pour péritonite plastique progressive lente entraînant des douleurs abdominales et des troubles gastriques, en particulier des vomissements répétés des jours entiers.

En juin 1935, début d'urticaire; d'abord cloques aux lèvres et aux poignets; puis après quelques semaines, éruptions généralisées. Chaque poussée durait 2 à 3 heures, parfois 12 à 24 heures, si les éléments étaient très gros. Cette urticaire n'avait *aucun rapport avec l'alimentation*. Elle a persisté à Paris aussi bien qu'au bord de la mer. Vers la fin de l'automne, elle a commencé de s'atténuer; elle a disparu au début de janvier 1936. Cette disparition est aussi inexplicable que l'apparition; elle s'est faite sans que l'alimentation ni les habitudes aient été en rien changées.

Sang : 10 février 1936, Gl. r. 5.232.000, hg. 100, vgl. 0,95, aspect normal dans l'ensemble, légère microcytose; réticulocytes 0,5 %. Plaquettes 284.000, Gl. bl. 6.000. Neutrophiles 65,5 (Arneth 9, 37, 45, 9, 0). *Eosinophiles* 3,5. Lymphocytes 6 (1,5 petit). Monocytes 25 (1 à granul.).

Suc gastrique d'histamine : HCl libre 1, ac. totale 1,8, chl. total 3,6.

Gastroscopie, 17 février 1936 : estomac normal.

Obs. 6. — Amm... Andrée, 31 ans. 11 mai 1935. Début de l'urticaire, sans cause, en octobre 1934. L'éruption se fait d'abord aux deux bras; puis elle devient très étendue : membres supérieurs, dos, cuisse, front, cou; à la face, l'urticaire s'accompagne d'un gros œdème, surtout à l'œil où il fermait la paupière, et à la bouche, où il tuméfiait les lèvres. L'horaire était toujours le même : l'érythème commençait entre 21 h. 30 et 22 heures, persistait encore le lendemain matin et disparaissait dans la journée, pour reparaitre le soir. En novembre, la malade commence à prendre de la peptone et essaie un régime. En février 1935, se produit une sédation qui dure jusqu'au milieu de mars. A ce moment, reprise de l'urticaire, sans raison apparente; tous les soirs, éruption brusque, généralisée, très prurigineuse, surtout intense de 22 heures à 2 ou 3 heures, l'après-midi suivant. Parfois la nuit, la malade est réveillée par une sensation d'étouffement; il lui semble « qu'elle en a plein la gorge ».

Depuis 7 ans, la malade est soignée pour tuberculose pulmonaire (montre début trouvé des bacilles de Koch) et a passé six mois dans un sanatorium; actuellement la tuberculose serait douteuse. Mari bien portant. Pas d'antécédents urticariens dans la famille; un frère asthmatique (?). — Les règles sont normales; elles n'ont aucune influence sur l'urticaire. — Digestion normale; aucun trouble gastrique; légère constipation; langue blanche granité léger. L'étude soigneuse des aliments n'a pas permis d'en déterminer ceux qui provoquent l'urticaire, sauf les œufs; et encore ce n'est pas certain.

Gastroscopie, 13 mai 1935. Estomac tout à fait normal.

Traitement protoxalate de fer : 3 puis 5 gr. par jour; 5 gr. n'ont été pris que 8 jours, car il s'ensuivait de la diarrhée; 3 gr. sont bien supportés. Le 29 mai on ajoute un peu d'acide chlorhydrique : l'urticaire, dit la malade, est un peu améliorée; mais elle persiste toujours; l'ingestion d'œufs n'a provoqué aucune recrudescence. Le 29 juin il n'y a aucune amélioration nette. Les selles paraissent normales. On commence un traitement pancréatique qui ne donne guère de résultats.

Obs. 7. — Ferr... Louis, 52 ans, 27 janvier 1936. Il y a 12 ans, hémiplegie qui dura 3/4 d'heure; l'an dernier, rechute de paralysie; ponction lombaire et W. négatifs.

Mauvaise digestion depuis 2 ans. Il y a un an syndrome d'ulcère stomacal pour lequel le malade dit avoir été plâtré. Actuellement, selles dès que le malade eût pris son café au lait le matin; digestions pénibles (surtout si grasses); troubles maxima 2 heures après le repas : crampes stomacales; ni renvois ni vomissements. Régime depuis 2 ans (suppression de graisses, charcuterie, etc.).

Urticaire depuis novembre 1935 ayant commencé avec une douleur rhumatismale dans le pied. Poussées de plus en plus fréquentes, actuellement presque quotidiennes; vif prurit, surtout la nuit. Urticaire de type banal. C'est une urticaire qui ne subit en rien l'influence des aliments ni de la digestion, mais qui est déclenchée *par le froid et le chaud*. Si le malade sue, s'il met un gilet de flanelle (qui le fait suer), crises intenses.

Suc gastrique d'histamine : HCL. 0, ac. totale 0,3, chl. total 2,5. Cette achlorhydrie est due sans doute à l'ulcus cicatrisé que fait découvrir la gastroscopie.

Gastroscopie 3 février 1936. Estomac petit, trapu comme

le malade, hypertonique. Plis normaux; muqueuse non fragile. La petite courbure à l'angle gastrique est rouge vif, — hypérémie locale se détachant assez nettement. A cet endroit, on trouve une dépression fissuraire vaguement grisâtre, N.O.-S.E., au milieu des bourrelets valonnés de la petite courbure. En résumé : érythème localisé de la petite courbure avec érosion fissuraire cicatrisée.

14 février 1936. Le malade a pris 3 gr. de fer par jour. Le fer lui a déclenché une crise hémorroïdaire avec saignement (a eu souvent de pareilles crises) et a dû être cessé. Le malade dit supporter mieux son urticaire et dormir mieux. On prescrit du calomel à la dose de 0 gr. 02 par jour. Le malade fait ce traitement du 16 au 24. Le 8 mai 1936 : l'urticaire survient toujours chaque nuit, mais les crises sont moins longues et surtout moins fortes; prurit et piqûres très diminués.

Obs. 8. — Weinb... Marie, 40 ans, 4 novembre 1935. Santé parfaite jusqu'au 15 août 1935. A cette date, crise d'urticaire généralisée des pieds à la tête avec les yeux très gonflés. Depuis, crise tous les jours : en se levant le matin, vers 16 heures, et le soir aussitôt le dîner fini. La malade se réveille le matin avec de l'urticaire, qui passe très vite. Les crises sont assez courtes: une à quelques heures. L'interrogatoire ne montre aucune influence digestive : digestions parfaites au dire de la malade; elle s'est mise depuis un mois au régime végétarien sans observer aucune modification dans ses crises d'urticaire. Le docteur Collin lui a trouvé une douleur nette au point de Burney. En dehors des heures précitées, l'urticaire survient encore : au chaud (à l'air pas d'urticaire), si les mains sont mises dans l'eau.

Quatre enfants bien portants de 18 à 10 ans. Règles normales.

Sang : Gl. r. 4.216.090; Hg. 85; Vgl. 1; aspect normal, réticulocytes 0,5 %. Plaquettes 260.000 Gl. bl. 12.200. Neutrophiles 68,5 (Arneth 12, 40, 32, 15, 1). *Eosinoph.* 3,5. Basophiles 1. Lympho 10 (petits 3), monocytes 17 (1 à grains azur).

Suc gastrique d'histamine : HCL +, ac. libre 1,7, ac. totale 2,7, CHL total 4.

Gastroscopie. — Le 8 novembre 1935. Estomac de grandes dimensions. Très bonne tolérance à l'air. Aucune fragilité de la muqueuse. Aucune atrophie ni aucun état pathologique de la muqueuse qui est rose pâle. Mais œdème urticarien de l'estomac : bombement succulent de la base du pilier antérieur, débordant largement sur la face antérieure, ayant 5 à 6 centimètres de diamètre.

Obs. 9. — Mich... Jean, 52 ans, représentant de commerce. 3 mars 1936. Depuis deux mois, sans cause, éruption disséminée (thorax, abdomen, dos, bras, avant-bras, cuisses et parfois cuir chevelu) d'urticaire apparaissant le plus souvent vers 18 heures et disparaissant vers le milieu de la nuit. Aucune cause alimentaire ni digestive. Prurit très vif.

Avant le début de l'urticaire actuelle, que rien n'explique, le malade a déjà eu quelques poussées fugaces d'urticaire il y a 4 à 5 ans, et toujours après absorption d'un comprimé d'aspirine.

Digestion parfaite, dentition très mauvaise, par caries. Organes normaux. Tension 17-9 (Pachon). Prostate un peu grosse, nodosité en bec au toucher rectal (le malade a été traité pour la prostate il y a quatre ans). Depuis 8 jours, le malade prend de la peptalmine et l'urticaire diminue d'intensité.

Sang : 4 mars 1936 : Gl. r. 5.400.000; Hg. 95; Vgl. 0,87. Plaquettes 160.000. Gl. bl. 10.200. Neutrophiles 61 (Arneth 10, 34, 49, 7, 0). *Eosinophiles* 3. Lymphocytes 7 (1 petit). Monocytes 29 (3 à granul.). Acides biliaires du sang 0,028 0/00.

Suc gastrique d'histamine, 5 mars 1936 : HCL libre 3, ac. totale 3,6, chl. total 4,3.

GastroscoPie, 16 mars 1936. Estomac normal.

Traitement : 5 gr. de carbonate de fer par jour.

Le 30 mars 1936, après dix jours de traitement, **poussées** moins nombreuses et surtout moins violentes. Chose curieuse, l'éruption descend : elle ne prend plus du tout le cuir chevelu où elle a commencé, ni le thorax; elle est localisée à la ceinture pelvienne, aux cuisses et atteint aussi maintenant les jambes et les pieds, auparavant épargnés. Le malade se sent très bien.

Le 28 avril 1936, l'amélioration n'a pas continué. Les crises d'urticaire se succèdent tous les jours; la poussée principale, et parfois unique, se fait généralement vers 18 heures ou 19 heures. Ce matin, prurit et traces de grattage, taches rouges disséminées, mais aucun élément urticarien typique n'est visible.

Le 4 mai, l'échec de hautes doses de fer est total; l'urticaire est toujours intense.

TABLEAUX RESUMANT LES OBSERVATIONS DES URTICAIDES CHRONIQUES

D'ABORD LES URTICAIDES NON DIGESTIVES (OBSERVATIONS RAPPORTEES DANS CE MEMOIRE)
PUIS LES URTICAIDES DIGESTIVES (OBSERVATIONS NON RAPPORTEES DANS CE MEMOIRE)

URTICAIDES NON DIGESTIVES CHRONIQUES

CATEGORIE	OBS.	NOM	AGE	SEX	ancienneté de l'urticaide	type de l'urticaide	DIGESTION	INFLUENCE DOMINANTE	SUC GASTRIQUE AL. LIBRE AL. TOT. GL. TOT.	GASTROSCOPIE	ESOMAC PHILE	EFFECTS DU FER
A urticaides chroniques depuis 2 ans et plus	N. 1	ING... GENEVEVE	31	F	13 ANS	BANAL	BOHNE	ECHAUFFEMENT AUSSI EMOTION	1,7 2,4 2,9	estomac normal (oedème quincien pendant l'examen)	2,5	NULS
	N. 2	PAH... CONSTANT	49	H	4 ANS	QUINCKE	MEIOCRE	CUOC ou SANS CAUSE	12 2 3,6	estomac normal. congestionné	3,5	
B urticaides chroniques depuis 2 ans et plus	N. 3	IONS... SIMONE	43	F	1 AN 1/2	QUINCKE	MAUVAISE	REGLES	1,9 2,3 4,5	estomac normal (oedème local au moment de l'examen)	5	QUASI NULS
	N. 4	VER... ANTOINE	65	H	10 MOIS	BANAL (rouge)	PARFAITE	AUCUNE CAUSE	{ 0,6 0,9 3,5 0 0,9 3,6	ESTOMAC NORMAL	5	NULS
C urticaides chroniques depuis 2 à 6 mois	N. 5	FOR... NELLY	32	F	7 MOIS (doux table)	BANAL	vicié par une peritonite chronique plastique	AUCUNE CAUSE	1 1,8 3,6	ESTOMAC NORMAL	3,5	mal tolère le fer spontané et non en fines
	N. 6	GRIM... ANDREE	31	F	7 MOIS	BANAL ET QUINCKE	NORMALE	AUCUNE CAUSE		ESTOMAC NORMAL	...	QUASI NULS
	N. 7	FER... LOUIS	32	H	3 MOIS	BANAL	bonne mais à un long période d'arrêt et suit irrégul	aucun rapport digestif. Le cholestérol	0 0,3 2,5	HYQUEUSE NORMALE : GICATRICE DULCERE	...	FAVORABLES
	N. 8	WEM... MARIE	40	F	2 MOIS 1/2	BANAL	PARFAITE	ECHAUFFEMENT	4,1 2,7 4,0	estomac normale (lors de l'examen oedème urticaire localisé)	3,5	...
	N. 9	MIKH... JEAN	52	H	2 MOIS	BANAL	PARFAITE	SANS CAUSE	3 3,6 4,3	ESTOMAC NORMAL	5	D'ABORD FAVORABLE, puis nul

URTICAIRES DIGESTIVES

URTICAIRES DIGESTIVES

CATÉGORIES	OMS	NOM	ÂGE	SEXE	ANCIENNETÉ DE L'URTICAIRE	TYPE DE L'URTICAIRE	QUESTION.	INFLUENCE DIGESTIVE	SUC GASTRIQUE au long de l'act. oual. tot.	GASTROSCOPIE	ECONOMIE PHILIE	EFFETS DU PER			
URTICAIRES DIGESTIVES CHRONIQUES AVEC GASTRITE ATROPHIQUE															
A	D-1	BOUC. MARIE	55	F	6 ANS	BANAL	a eu gast- ralgiques	nette, urticaire géné- ralisée post-prandiale	1,0	2,5	3,6	gastrite atroph. diffuse généralisée, forte	2	EXCELLENTS	
	D-2	DES. SUZANNE	50	F	8 ANS	BANAL et Quincke	MÉDIOCRE	NETTE				gastrite atroph. diffuse généralisée, forte	0,5	PARFAITS	
	D-3	GU. J. J. J. J. J.	20	F	2 ANS	BANAL	MÉDIOCRE	NETTE	démontree par diète hyrique	0	0,2	1,95	gastrite atroph. diffuse fonduque, forte	1,5	PARFAITS
	D-4	MAR. ALPHONSE	37	M	6 ANS	QUINCKE	NORMALE	NETTE		0	...	3,6	gastrite atroph. diffuse forte	0,8	...
	D-5	PLAZ. OLGA	32	F	des années	QUINCKE	MÉDIOCRE	NETTE		0	0	...	gastrite atroph. diffuse modérée	...	BONS
	D-6	VAN. ANDRÉE	29	F	4 ANS	BANAL	MÉDIOCRE	NETTE					gastrite atroph. diffuse légère	0	...
	D-7	BES. MARCEL	34	M	5 ANS	BANAL et Quincke	NORMALE	NETTE					gastrite atroph. diffuse légère	...	EXCELLENTS
B	D-10	AND. ELIZABETH	24	F	1 AN	BANAL	lente et crises doul.	NETTE	{ 0 0,2 3,4 1 1,8 4			gastrite atroph. diffuse assez forte	0,8	EXCELLENTS	
	D-11	DES. EDMOND	39	M	1 AN	BANAL	lente, bonne crise, ton	ASSEZ NETTE	3,06 3,54 4,26			gastrite atroph. légère	1.	BONS	
C	D-12	CIC. LEONTINE	33	F	5 MOIS	BANAL et Quincke	NORMALE	nette, mais aussi mûlur- ence non digestive	+	3	4	gastrite atroph. diffuse très forte	0,8	PROPRE MUIS	
	D-13	SEG. MATHILDE	10	F	4 MOIS	QUINCKE	MÉDIOCRE	NETTE	0	0,5	3,6	gastrite atroph. diffus très, légère	1,5	PARFAITS	
	D-14	ESK. RICHARD	46	M	2 MOIS	QUINCKE	MUVAISE	NETTE				gastrite mamelonée atrophique	...	PARFAITS	
URTICAIRES DIGESTIVES CHRONIQUES OÙ L'ESTOMAC N'A PAS ÉTÉ VU															
A	D-8	GUZ. CAMILLE	36	F	10 ANS	BANAL	LOURNURS	PROBABLE	0,9 1,5 4			...	0,5	...	
	D-9	ARZ. ESTHER	44	F	2 ANS	BANAL	NORMALE	TRÈS NETTE	0 0,5 3			...	0,3	...	
	D-15	PIR. J. J. J. J. J.	32	F	6 MOIS	BANAL	LENTÉ	généralisée par diète hyrique	0 1,1 4,9			...	1	EXCELLENTS	
URTICAIRES DIGESTIVES AVEC ESTOMAC NORMAL															
C	D-1	AIR. GILBERTE	34	F	5 MOIS	BANAL	TR. SOMBRE	NETTE	2,1 2,9 3,6			ESTOMAC NORMAL	1,05	EXCELLENTS	
	D-2	BEP. LOUIS	41	M	1 MOIS	BANAL	BOÏNE	nette, mais aussi crises, sans cause	0,1 3 1,1 3,6			ESTOMAC NORMAL	3,8	PARFAITS	

III

LA DIGESTION CHEZ LES URTICARIENS CHRONIQUES NON DIGESTIFS

Les urticariens non digestifs méritent cette épithète parce que leurs poussées urticariennes ne sont pas liées aux aliments qu'ils ingèrent ni aux phases de leur digestion.

Mais ils peuvent parfaitement avoir ou ne pas avoir des troubles digestifs.

LES TROUBLES FONCTIONNELS

Nous passons sur la constipation dont la coïncidence ou la non-coïncidence avec l'urticaire ne paraît avoir aucun intérêt. L'attention est au contraire retenue par la digestion intestinale et surtout la digestion stomacale qui est souvent quelque peu troublée chez les urticariens digestifs.

Avant d'aller plus loin, il convient d'éliminer les accidents aigus, « crises gastriques », ou les crises pseudo-vésiculaires, pseudo-néprétiques, etc., qui peuvent survenir chez les urticariens et qui, comme l'a montré M. Paul Chevallier avec M. François Moutier, sont liées à des œdèmes urticariens volumineux de la région antro-pylorique.

Si l'on ne considère que les dyspepsies chroniques, le pourcentage des gens qui digèrent bien n'est pas beaucoup plus faible chez les urticariens digestifs (sept sur quinze) que chez les non-digestifs (cinq sur neuf). Cependant, chez ces derniers, le nombre est assez élevé (quatre sur neuf) de ceux qui, suivant leur expression, digèreraient des cailloux, c'est-à-dire que ne trouble aucune imprudence alimentaire.

Quels sont les troubles digestifs des urticariens non digestifs? La malade 5 présente une péritonite plastique progressive, dont la coexistence avec l'urticaire nous paraît due au hasard. Le malade 7 a eu il y a quelques années, un ulcère de l'estomac typique, qui est aussi une affection surajoutée, sans rapport avec l'urticaire. Le malade 2 se plaint d'avoir eu des brûlures d'estomac et de souffrir parfois de pesanteurs après les repas: il est emballleur et l'on peut supposer des excès alcooliques. La malade 3 enfin, ressent, peu après les repas, une pesanteur épigastrique; elle a des aigreurs et parfois, quelques heures après avoir mangé, rejette, soit des aliments, soit de la bile.

L'ESTOMAC

A) *Les enseignements de la gastroscopie*

Non sans surprise, lors des premiers examens, MM. Paul Chevallier et François Moutier ont souvent trouvé des œdèmes quinckiens de la paroi gastrique qui, bien que volumineux, ne se traduiraient par aucun symptôme. Au siège antropylorique qui permet un syndrome intense d'intolérance, s'oppose en effet le siège vestibulaire, facial et tuberositaire dont les gonflements, même énormes, peuvent rester latents. On se demande cependant si les vomissements qui surviennent parfois chez la grande urticarienne dyspeptique de l'observation 3, ne sont pas dus à des poussées urticariennes de l'estomac, puisque la gastroscopie a permis d'en voir une.

Dans le cas 2, où l'abus d'alcool est très probable, la muqueuse stomacale était congestionnée. Dans le cas 7, l'endoscopie montra, dans une zone érythémateuse, une cicatrice d'ulcère classique, confirmant ainsi le diagnostic posé autrefois lors des crises douloureuses.

Ces faits constituent des exceptions.

Chez presque tous les malades, *l'estomac est normal; la muqueuse ne présente aucune particularité.*

En particulier MM. Paul Chevallier et François Moutier n'ont encore *jamais trouvé de gastrite atrophique*.

Or, la gastrite atrophique est presque constante dans l'urticaire digestive : elle existait dans 12 cas sur 14, et les deux cas où elle manquait sont ceux où l'urticaire était très récente (un mois et trois mois).

Ainsi la gastroscopie permet d'opposer, par un signe objectif digestif, les urticaires digestives aux urticaires non digestives : dans celles-ci la muqueuse est normale; dans les premières la gastrite atrophique accompagne la maladie.

Il est à remarquer que l'œdème urticarien de l'estomac ne se voit presque jamais chez les urticariens à muqueuse atrophée, c'est-à-dire les digestifs, et qu'il est fréquent chez les urticariens à muqueuse normale, c'est-à-dire non-digestifs. On peut se demander si l'atrophie de la muqueuse ne la rend pas inapte à subir l'afflux séreux de l'urticaire.

B) *Le suc gastrique*

Comme il était logique de le prévoir, la sécrétion chlorhydrique de la muqueuse normale des urticariens est sensiblement normale. On note cependant que la majorité des chiffres sont plutôt un peu faibles, le suc étant sécrété à jeun sous l'influence de l'histamine et non par celle d'un repas d'épreuve.

Deux achlorhydries font exception à la règle. On peut parler d'achlorhydries fonctionnelles, puisque les muqueuses sont saines. Mais sont-elles aussi intactes qu'elles le paraissent? L'une d'elles (cas 7) présente une cicatrice d'ulcère et la région qui secrète l'acide chlorhydrique est très rouge. L'autre (cas 4) est bien « rigoureusement normale, avec des plis admirablement développés », alors que l'achlorydrie est persistante (deux examens); mais nous avons signalé le malade comme un buveur ancien. Sous une apparence normale, se cachent peut-être des lésions. Ce ne sont pas ces deux cas qui permettront d'élucider le problème de l'achlorhydrie fonctionnelle, si rare à l'état normal et si fréquente dans certaines affections.

Chez le dernier malade, M. Paul Chevallier a pensé à une achlorhydrie par trouble du métabolisme chloruré. Il a essayé le régime hyperchloruré (6 gr. de chlorure de sodium par jour, en six cachets, en supplément du sel alimentaire habituel) : aucune modification de l'urticaire n'a été observée. Il en a été de même lorsque le malade a pris de l'acide chlorhydrique et lorsqu'il a été déchloruré. Winckler, en effet (*Wien. Klin. Woch.* Bd 47, n° 50, 14 déc. 1934, pages 1.513-1.515) a publié l'observation d'un homme de 22 ans, atteint d'œdème de Quincke depuis cinq ans. Il n'existait aucune autre anomalie qu'une très forte hypochlorhydrie (la gastros-copie n'a pas été faite) associée à une déficience de la digesiton des graisses. Après divers essais thérapeutiques infructueux, le malade fut déchloruré (régime et

médicaments déchlorurants), ce qui, au premier abord, peut sembler paradoxal : l'œdème de Quincke disparut. Winckler se demande si la maladie n'est pas due à un trouble du métabolisme des chlorures. Les essais de M. P. Chevallier semblent montrer que les résultats de Winckler ne sont pas constants.

IV

PARTICULARITÉS CLINIQUES ET ÉTIOLOGIQUES DES URTICAIRES CHRONIQUES NON DIGESTIVES

LE TYPE DE L'URTICAIRE

L'œdème urticarien peut se faire dans le derme où le tissu est dense et le gonflement assez restreint, — c'est l'urticaire banal qui ressemble à une piqûre d'ortie, — ou dans l'hypoderme où le tissu est lâche et le gonflement souvent énorme — c'est l'urticaire géante. Les deux syndromes peuvent être isolés; le premier s'appelle alors : urticaire vulgaire, le second : maladie de Quincke. Ils peuvent aussi être réunis chez le même sujet.

Sur neuf observations d'urticaire non digestive, nous apportons deux cas de maladie de Quincke, un cas complexe et six d'urticaire vulgaire. La gastroscopie démontre d'ailleurs que cette urticaire vulgaire peut s'accompagner d'œdème géant des viscères.

Les 17 cas d'urticaire digestive se répartissent en

4 Quincke, 3 urticaires complexes et 10 urticaires vulgaires. La proportion des diverses catégories est donc sensiblement la même.

LA DURÉE DE L'URTICAIRE .

La durée de l'urticaire étant celle de la maladie lors de la première consultation à l'hôpital Cochin, les documents se classent de la façon suivante : plus de 10 ans, 1 cas sur 9; 4 ans, 1 cas; 1 an 1/2, 1 cas; 6 à 12 mois, 3 cas; 2 à 6 mois, 3 cas.

Par comparaison, les urticaires digestives donnent la répartition suivante : 10 ans, 1 cas; 8 ans, 1 cas; 6 ans, 2 cas; 5, 4 et 3 ans, chacun 1 cas; 2 ans, 2 cas; 1 an, 2 cas; 2 à 6 mois, 5 cas; 1 mois, 1 cas (sur 17).

LA CAUSE PROVOCATRICE DE L'URTICAIRE

1. *La cause provocatrice des poussées urticariennes n'est pas alimentaire ni digestive.* — Nous croyons inutile d'insister sur ce point, puisqu'il est la base même de la distinction apportée entre les différentes urticaires. Une atténuation peut être apportée à la rigueur : c'est que certains urticariens sont à la fois digestifs et non digestifs. Les cas n'en sont pas fréquents et nous

en parlerons dans une seconde partie de notre mémoire. Dans les observations que nous rapportons dans cette partie, l'influence alimentaire est soit tout à fait nulle, soit si infime qu'il n'y a pas lieu de s'y arrêter. Lorsqu'une crise (parmi beaucoup d'autres qui ne relèvent pas de cette origine) par hasard est rapportée par le malade à un facteur digestif, il faut incriminer un excès de quantité, une bombance ou une indigestion, et non la qualité des aliments, comme cela est dans l'urticaire digestive. Le seul point délicat est le diagnostic de la nature digestive d'une urticaire : le plus souvent elle est évidente et le récit du malade ne saurait laisser de doute; mais parfois elle est douteuse de prime abord. C'est pour ces cas incertains que M. Paul Chevallier conseille l'épreuve de la diète hydrique de trois jours : il n'a pas encore vu d'urticaire digestive persister après 48 heures de régime aqueux exclusif, ni d'urticaire non-digestive disparaître sous cette influence (on constate parfois une amélioration légère). En général, cette épreuve est superflue; un interrogatoire soigneux qui fait préciser l'horaire des crises et les circonstances permet de se faire une opinion.

2. Dans la majorité des cas rapportés ici (5 sur 9) *les poussées urticariennes surviennent sans cause*. Nous ne voulons pas dire qu'elles n'ont pas de cause; — elles en ont certainement une, — mais que la cause provocatrice demeure ignorée ou incertaine. Parfois le malade dit que telle poussée est survenue après tel événement; mais presque jamais il ne s'en montre très sûr;

il précise que ce même événement est loin de provoquer toujours des poussées et que la plupart des poussées sont impossibles à expliquer. Sans doute il ne serait pas difficile, en certains cas, de suggestionner les patients suivant les idées que l'on a préconçues; les aveux ainsi obtenus n'ont aucune valeur; M. Paul Chevallier a remarqué qu'en pareille occurrence, à huit jours d'intervalle, les malades ne se souviennent plus de ce qu'ils ont fini par accepter, et sont prêts à avouer tout autre chose. Il insiste sur ce fait qu'il est plus utile de laisser parler les malades, en les guidant seulement de quelques questions, que de les « travailler ». La plupart des malades, d'ailleurs, sont rebelles à toute suggestion médicale.

Dans ces urticaires sans cause, la notion la plus importante est l'horaire du début des poussées, parce que, non pas toutes, mais la plupart, ont d'habitude le même horaire. Le plus fréquent de ces horaires est le *matutinal*. Nous relaterons plus loin l'observation curieuse d'une urticarienne à la fois digestive et non-digestive qui avait des crises aux heures des repas, même quand elle s'abstenait de toute alimentation. Malgré l'intérêt qu'il y aurait à discuter des causes de ces horaires et les clartés que cette enquête apporterait sur les influences provocatrices, nous ne nous y attarderons pas, car nous nous éloignerions de notre sujet.

Lorsqu'au lieu d'être très fréquentes, quotidiennes, ou plus que quotidiennes, les crises sont séparées par des jours où des semaines de tranquillité, elles peuvent

aussi être provoquées par des incidents si insignifiants, si banals, que l'urticaire peut être dite sans cause.

Est sans cause, en somme, pour notre Maître M. Paul Chevallier, toute urticaire qui apparaît dans les circonstances ordinaires de la vie, sans qu'aucune de ces circonstances déclenche une poussée de façon certaine.

3. L'observation 3 relate un cas d'*urticaire cataméniale*. Chez la femme, toute urticaire est plus ou moins cataméniale, les règles augmentant presque toujours la fréquence et l'intensité des poussées; il est exceptionnel qu'elles n'aient aucune influence ou qu'elles diminuent l'urticaire. Chez notre malade les poussées d'œdème de Quincke étaient rares et prolongées; elles étaient le plus souvent concomitantes de la période menstruelle, mais pouvaient commencer aussi bien au début qu'à la fin de celle-ci. Les règles étaient-elles un facteur capital? L'urticaire était-elle une des urticaires endocriniennes qui ont été étudiées récemment?

4. *L'urticaire de choc* (de choc traumatique) est peu connue. Elle n'est pas mentionnée dans l'excellent livre de Pasteur Vallery-Radot et L. Rouquès. Le malade de l'observation 2 racontait qu'un simple coup sur une partie quelconque du tégument lui déclenchait une crise d'urticaire. Ces crises traumatiques s'associaient, d'ailleurs, à des crises sans causes nettes.

5. *L'urticaire d'échauffement* mérite de retenir notre attention. Les observations 1, 7 et 8 en sont de beaux exemples. M. Paul Chevallier prend ici le mot échauffement dans le double sens qu'il a dans le langage commun : le sens littéraire et le sens apparemment figuré.

Domine *l'échauffement d'effort* : marche rapide, même courte, etc. qui provoque presque immédiatement, c'est-à-dire après une brève incubation, une poussée intense et généralisée d'urticaire. Vient ensuite *l'écahuffement d'activité cérébrale* en particulier la discussion (sens populaire du mot s'échauffer), la joie, une contrariété, une émotion..., enfin, moins important, est le *séjour dans une atmosphère chaude*, l'exposition au vent ou au soleil.

L'observation 1 qui a nombre de points de ressemblance avec celle de Duke (citée par Pasteur Vallery-Radot), présente une particularité remarquable. *La crise d'urticaire est immunisante.*

Une poussée est déclenchée. Elle se déroule. Elle est généralement intense et s'accompagne de tendance à la syncope. Elle dure une heure environ, parfois deux, et même trois heures. Après sa fin, la malade est brisée de fatigue. Peu à peu elle reprend ses forces et peut recommencer à vivre normalement. A ce moment, toutes les imprudences sont permises. D'ici 24 heures, si la crise était vive, 6 à 12 heures, si elle était plus modérée, l'urticaire ne reparaitra pas.

La malade aime à danser. Dès la première ou la

seconde danse, une crise éclate, souvent dramatique. Mais trois heures après, la jeune femme reprend sa place au bal et peut danser jusqu'au soleil du lendemain.

Ne dirait-on pas l'état de skeptophylaxie engendré par une crise aiguë d'anaphylaxie ?

6. Pasteur Vallery-Radot distingue : les urticaires par le chaud, — par le froid, — par l'effort, — et émotive. Il est rare que ces divers facteurs soient exclusifs. L'urticaire par le froid est exceptionnelle. Il en est de même de l'urticaire par le chaud bien que la chaleur tende à augmenter ou à provoquer l'urticaire chez un grand nombre d'urticariens digestifs et non-digestifs (urticaire de la mise au lit, par exemple) : nous n'apportons pas d'exemples de cas purs. L'urticaire émotive comprend sans doute une partie de ce que nous avons décrit sous le nom d'urticaire sans cause, et s'associe souvent à l'urticaire d'effort. Celle-ci est l'urticaire d'échauffement de M. Paul Chevallier qui a tendance à en décrire trois degrés. Ce sont, par ordre de progression : l'urticaire d'échauffement par effort physique, l'urticaire d'échauffement physique et psychique, l'urticaire d'échauffement non seulement d'origine interne, mais aussi d'origine externe (atmosphère très chaude).

V

LE SANG ET LE TRAITEMENT

L'ÉOSINOPHILIE SANGUINE

La question de l'éosinophilie dans l'urticaire était encore fort obscure : les travaux les plus récents, ceux de Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier, de Joltrain, en particulier, concluent que l'éosinophilie est rare dans l'urticaire (urticaire banale et maladie de Quincke) et que, lorsqu'elle existe, elle reste modérée. Les recherches poursuivies par M. Paul Chevallier, avec la collaboration de M^{me} Z. Ely, éclairent le sujet en distinguant les deux variétés d'urticaire chronique : les digestives et les non-digestives.

Les urticaires digestives pures ne s'accompagnent pas d'éosinophilie : sur 12 cas publiés par M. P. Chevallier, les nombres varient de 0 à 2 %, avec une fréquence habituelle de 0,5 et une moyenne de 0,83 %.

Dans les urticaires complexes (association nette d'urticaire digestive et d'urticaire non-digestive), le

nombre des éosinophiles est faible (0,5 un cas), ou un peu élevé (3,5 un cas).

A l'encontre des urticaires digestives, les urticaires non digestives s'accompagnent d'un nombre assez élevé, sans être très grand, d'éosinophiles. Les quantités varient, dans nos sept cas, de 2,5 à 5,5 avec une moyenne de 4 %.

On peut donc conclure :

les urticariens digestifs sont normaux;

les urticariens non-digestifs sont atteints de « diathèse éosinophilique » légère mais nette.

LE TRAITEMENT FERRUGINEUX

Alors que dans les urticaires digestives, le traitement ferrugineux fait généralement merveille (à condition de faire ingérer de très hautes doses), *dans les urticaires non digestives le fer est sans action* (parfois on observe un effet favorable minime et passager).

LES AUTRES TRAITEMENTS

C'est d'ailleurs dans les urticaires digestives qu'agissent la plupart des traitements qui ont été proposés. Les urticaires sans cause nette sont bien difficiles à soigner, et souvent l'on épuise en vain les médications les

plus vantées. « Dans l'urticaire par effort, la thérapeutique est le plus souvent décevante », écrivent Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier, en préface de leur article sur le traitement des urticaires récidivantes. (*Nutrition* V. I, 1935, p. 69.) Ce ne sont pas les observations que nous rapportons qui infirmeront cette règle.

SECONDE PARTIE

LES URTICAIRES A LA FOIS DIGESTIVES ET NON DIGESTIVES

Nous rapportons deux observations de ces urticaires où les crises se succèdent et se chevauchent autant provoquées par l'alimentation que par d'autres influences.

La première concerne une femme de 55 ans, malade depuis 5 mois; la seconde un homme de 41 ans, urticarien seulement depuis 1 mois.

Chez la première existait, associée à une hyperchlorhydrie nette, une forte gastrite atrophique; chez le second l'estomac était normal.

Chez la première il n'existait pas d'éosinophilie sanguine (0,5 %); chez le second on trouva une minime éosinophilie (3,5).

Chez la première, le fer n'eut qu'une action légère et passagère : échec du traitement martial; chez le second, les effets du fer à hautes doses furent parfaits.

Il y a donc mélange des caractères habituels aux deux variétés d'urticaire.

Obs. 1. — Urticaire digestive et non digestive. Gastrite atrophique. Echec du fer.

Céc... Léontine, 55 ans, 14 juin 1935. Antécédents : depuis l'âge de 25 ans, asthme tous les printemps; a fait une série de cures au Mont-Dore; actuellement l'asthme a presque disparu; il n'est plus représenté que par de petites oppressions. En 1931, diabète très léger (traces de sucre dans les urines). Jamais d'ictère ni de douleurs hépatiques. En août 1934, infection appelée fièvre paratyphoïde. A l'âge de 41 ans, appendicectomie et hystérectomie totale (fibrome avec hémorragies); règles normales.

Première crise d'urticaire qui n'a duré qu'un jour au décours de la fièvre paratyphoïde en août 1934.

Le 2 janvier 1935, sans aucune raison, urticaire. Depuis, poussées plusieurs fois par jour. Surtout le matin au lever; le soir l'urticaire est un peu moins marquée. La malade précise qu'elle a une vive poussée d'urticaire à l'heure des repas et cela même quand elle ne mange absolument rien.

Chaque élément d'urticaire dure quelques heures; il en revient sans cesse de nouveaux, de sorte que jamais le corps n'est libéré. L'éruption est généralisée. Elle est polymorphe, formée de papules arrondies, de larges éléments irréguliers et bordés, et aussi de gros œdèmes du type Quincke sans lésions superficielles (lèvres, yeux). Le prurit est vif.

La malade a bon appétit et digère bien depuis qu'elle a supprimé les fritures. Elle est très constipée.

A toujours été nerveuse. Femme de taille moyenne, assez grasse, bien qu'elle ait beaucoup maigri depuis un an. Tension 11,5-8,5 au Vaquez (la faible tension a été remarquée depuis longtemps). Rien d'autre à signaler.

Sang : Globules rouges 5.088.000; hl. 95; vgl. 0,93; aspect normal; réticulocytes, 0,5 %. Plaquettes 328.000, normales. Globules blancs 9.000. Neutrophiles 71,5 (Arneth 20, 30, 44, 3, 0); granul. normales. Eosinophiles 0,5. Lymphocytes 10 (6 petits). Monocytes 18 (8,5 sans grains azur). Temps de saignement raccourci: 2'.

Suc gastrique d'histamine : acide libre +, acidité totale 3; chl. total 4.

Gastroscopie faite le 19 juin : forte gastrite atrophique diffuse. Toute la muqueuse est atrophiée; même les plis cérébroïdes de la face postérieure sont complètement effacés; muqueuse lisse, extrêmement luisante et humide; un peu pâle; non fragile. Sur cette muqueuse s'élève un réseau vasculaire sombre, gorgé de sang; il n'y a pas de faibles péricillations, mais seulement des troncs flexueux, à la fois très visibles, et, semble-t-il, dilatés. Mouvements antro-pyloriques normaux (D^r François Moutier).

Avant le résultat des examens, on avait prescrit cinq unités d'insuline Byla matin et soir, pendant 22 jours, en deux séries.

Le 19 juin, on ajoute 3, puis 5 gr. de protoxalate de fer par jour. Régime: viandes grillées ou rôties, de préférence rouges, légumes, fruits, pâtes; pas de pain.

Le 18 juillet, la malade revient très contente, ayant reçu 24 injections d'insuline et pris 100 cachets de fer. L'urticaire est très améliorée. Elle n'apparaît plus le jour. La nuit, la malade est de façon régulière réveillée à 2 h. 1/2 par des démanagements. Au réveil, nouvelle poussée qui se termine une heure

après le premier déjeuner. Très diminuée, l'urticaire est toujours *a vacuo*. L'aspect aussi de l'urticaire s'est modifié; il ne s'est plus formé de « grosses boules » d'œdème de Quincke.

La malade a toujours bon appétit. N'a ni engraisé ni maigri. Mine excellente. « Tout le monde lui en fait compliment ». Elle est fraîche et rosée, alors qu'avant elle était grisâtre.

Sang : Globules rouges 5.680.000; hgl. 100; vgl. 0,88; aspect normal, sauf quelques très rares microcytes; réticulocytes 1 %. Plaquettes 412.000; normales. Globules blancs 8.200. Neutrophiles 69 (Arneth 11, 44, 39, 6, 0). Eosinophiles 0. Basophiles 0. Lymphocytes 8,5 (4,5 petits). Monocytes 22,5 (17,5 sans grains azur).

On prescrit de monter à 8 gr. de protoxalate de fer par jour.

Le 2 août 1935, la malade a dû, après huit jours, descendre à 6 gr. pour éviter le mal d'estomac et la constipation opiniâtre. L'état est stationnaire. Ces jours-ci il y avait peu d'urticaire; l'éruption de ce matin était généralisée.

Le 18 août, prend toujours 5 à 6 gr. par jour. Les journées sont excellentes; la nuit, au contraire, toujours vives démangeaisons. Il est à remarquer qu'avant le traitement l'urticaire était intense le jour et atténuée le soir et la nuit. Le traitement a fait disparaître l'urticaire diurne, il a un peu atténué le nocturne.

Le 28 août, la malade a pris 6 gr. (parfois 7) de protoxalate de fer par jour. Elle se porte bien. Mais a toujours de vives démangeaisons et des éruptions d'urticaire. Les crises surviennent à 2 h. 1/2 du matin et durent jusqu'au matin; calmées par la toilette après ablutions d'eau chaude. Aujourd'hui, l'après-midi, a une éruption typique généralisée, à éléments assez espacés. Bonnes digestions. On essaie un traitement pancréatique.

Le 8 septembre, l'urticaire est atténuée, mais la crise nocturne persiste.

Obs. 2. — Urticaire partiellement digestive. Estomac normal.

Ber... Louis, 41 ans, barman, 23 décembre 1935. Malade soigné depuis des années pour tuberculose pulmonaire. Actuellement, signes classiques, fonctionnels et physiques, d'une grosse caverne au sommet gauche. Etat général relativement bon. Doigts en spatule et ongles en verre de montre. Anorexie, langue sale, mais bonnes digestions. Habitudes anciennes d'excès alcooliques, atténuées depuis quelques années.

Le malade prend des préparations de sang de cheval.

Urticaire par crises subintrantes depuis un mois. D'habitude, crises sans cause apparente. Celle-ci, qui date d'hier, a nettement suivi l'ingestion de poisson. Aspect typique d'urticaire banale sur le tronc et les membres.

A partir du 24 décembre, le malade prend 2 gr. de fer réduit par jour.

Disparition de l'urticaire depuis le 29 décembre. Quelques très minimes bouffées de prurit qui disparaissent à partir du 5 janvier environ. Depuis, la guérison se maintient; le malade a continué le fer.

Sang : 27 décembre 1935 : Gl. r. 5.008.000; Hg. 80; Vgl. 0,84, aspect normal. Plaquettes 256.000. Gl. bl. 16.000. Neutrophiles 71 (Arneth 21, 46, 23, 10, 0). Eosinophiles 3,5. Lymphocytes 4,5 (1 petit). Monocytes 21 (10,5 sans granul.). Acides biliaires 0,020 0/00.

Suc gastrique d'histamine : 24 décembre 1935 : HCL 0, ac. totale 0,7, chl. total 3.

Gastroscopie : 6 janvier 1936 : estomac rigoureusement normal.

Nouvel examen du suc gastrique, 10 janvier 1936 : HCL 1,1; ac. totale 1,7; chl. total 3,6.

TROISIÈME PARTIE

LES URTICAIRES NON ALIMENTAIRES AIGUES ET FUGACES

Nous ne pouvons apporter qu'un nombre trop restreint de cas : quatre. Et encore l'un d'eux concerne un malade dont la poussée urticarienne s'était produite quatre ans auparavant; aussi n'apportons-nous, en réalité, que trois cas. Il est évident que l'étude des urticaires non digestives aiguës et fugaces devra être poursuivie.

TABEAU RESUMANT LES OBSERVATIONS DES URTICAIRES FUGACES

OBS.	NOM	AGE	SEXE	DUREE	TYPE	DIGESTION	CAUSE	SUC GASTRIQUE			GASTROSCOPIE	ROSINO- PHILIE
								AC. LUSAC	AC. TOT.	KULT. TOR.		
URTICAIRES SANS ATROPHIE GASTRIQUE												
A. 1	DUP. ANDRÉ	19	M	15 JOURS	BANAL ET QUINCKE	PARFAITE	INTOXICATION INTESTINALE	1.0	2.8	5.1	ESTOMAC NORMAL	0
A. 2	DAU. CECILE	40	F	8 JOURS	BANAL	MAUVAISE	SANS CAUSE	0	0.6	3.6	ESTOMAC NORMAL, CONGESTIONNE	4
(URTICAIRE GUERIE DEPUIS 4 ANS)												
URTICAIRE AVEC ATROPHIE GASTRIQUE (CONSTATEE ANTERIEUREMENT)												
B. 1	DI. AUGUSTINE	45	F	5 JOURS	BANAL	BOYNE	SANS CAUSE	1.6	2.5	5.5	GASTRITE MANELONNEE ATROPHIQUE	1,5
B. 2	TIND. JACQUELINE	26	F	5 JOURS	BANAL	MAUVAISE	SANS CAUSE	1,9	2.0	4.1	GASTRITE ATROPHIQUE DIFFUSE	22,5, 5 (avant l' opération d' O'apex)

I

LE CARACTÈRE NON ALIMENTAIRE DE L'URTICAIRE ET LES TROUBLES DIGESTIFS DES MALADES ÉTUDIÉS

L'urticaire n'est pas alimentaire, parce que la nourriture n'a pas d'influence sur la production des poussées. Même si l'on met le malade à l'eau, l'urticaire continue. Sans doute elle cesse après un temps souvent très court; mais cet arrêt s'observe si le patient continue de manger.

Contrastant avec cette absence d'influence digestive, nous remarquons la constance des altérations digestives.

La malade B. 2 est celle qui n'était pas venue pour son urticaire, disparue depuis quatre ans; elle consultait pour dyspepsie. Il y avait achlorhydrie totale; l'estomac était normal de structure mais hyperkinétique et surtout très congestionné. On peut à juste titre dire que lors de la poussée urticarienne l'état gastrique était sans doute tout différent.

L'observation B. 1 concerne une urticaire aiguë fugace qui survint sans cause connue. La digestion était habituellement bonne. Les troubles actuels de l'estomac étaient liés à une urticaire de l'estomac, vue à la gastroscopie. Cette méthode d'exploration montra une gastrite mamelonnée en voie d'atrophie, lésion curieuse, rare et très spéciale. Il ne saurait faire de doute que cette gastrite mamelonnée atrophiante préexistait à la bouffée urticarienne. Il sera intéressant de suivre la malade et de voir si l'atrophie gastrique progresse et si l'urticaire reparaît plus tard.

Le cas B. 2 est fort intéressant. M. Paul Chevallier soignait la patiente depuis déjà longtemps et, à cause d'un petit syndrome anémique, avait, bien avant la poussée urticarienne, demandé une gastroscopie : celle-ci avait révélé une atrophie gastrique telle qu'on en voit souvent dans les anémies idiopathiques même frustes. C'est de cette fréquence de la gastrite atrophique qu'est né le nom, donné à la chlorose, d'anémie hypochrome achylique. On remarquera que, dans ce cas comme dans le précédent, la chlorhydrie était normale et que, sans la gastroscopie, on n'eut pas soupçonné un processus pathologique de la muqueuse stomacale.

Le cas A. 1 est très différent des précédents. C'est un type d'urticaire par intoxication accidentelle, de ces urticaires qu'on appelle souvent aujourd'hui anaphylactiques ou allergiques, au nom de théories pathogéniques discutables qui ne tiennent pas compte des définitions initiales, expérimentales et rationnelles, de

l'anaphylaxie et de l'allergie. Notre malade fit un petit empoisonnement par des huîtres, sans doute altérées. Cinq jours plus tard, apparut une urticaire qui, après une période volcanique, tendit spontanément à la guérison. L'alimentation n'empêcha pas l'amélioration. Cependant, on doit noter que l'ingestion de cidre provoque des coliques et de la diarrhée et que la nuit suivante l'urticaire fut particulièrement intense. La plupart des exacerbations surviennent sans cause. Une poussée fut provoquée par l'échauffement (séjour dans une chambre très chaude). L'estomac était parfaitement normal.

Au premier abord ce cas pouvait être classé parmi les urticaires digestives. Nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi. En effet, si le tube digestif a été la voie d'introduction du poison, l'urticaire se comporte exactement comme les urticaires provoquées par voie parentérale. La maladie sérique, par exemple, fait des troubles intestinaux identiques à ceux qu'a présentés le malade.

Il est probable que, sauf coïncidences, l'estomac est aussi normal dans les urticaires sériques et les autres urticaires toxiques. C'est un sujet qu'étudient actuellement MM. Paul Chevallier et François Moutier.

En l'état actuel de nos connaissances, M. Paul Chevallier suppose que dans l'urticaire accidentelle passagère, l'estomac est normal et que les lésions qu'on peut y voir, sont des coïncidences.

II

CAUSES ET ALLURES DE NOS URTICAIRES ACCIDENTELLES FUGACES

Dans trois cas (A. 2, B. 1, B. 2) il fut impossible de découvrir une cause alimentaire ou autre. L'urticaire s'est présentée comme une maladie autonome, cyclique, durant trois à huit jours. Elle mérite le nom d'urticaire essentielle aiguë. Le terme de fièvre urticaire ne s'applique pas à nos observations puisqu'il manque toute élévation de température (au moins dans les cas B, 1 et B. 2 où la température fut vérifiée et ne dépassa pas 37°2).

Le cas A. 1 succéda à une intoxication alimentaire. On peut remarquer que l'urticaire survient nettement *après la guérison du syndrome digestif, mais le dixième jour après l'introduction du produit nocif*. Cette urticaire a les caractères évolutifs d'une urticaire sérique.

III

L'ÉOSINOPHILIE SANGUINE

Le nombre de nos cas est trop petit pour permettre une conclusion. Il semble que la crise urticarienne tende souvent à faire disparaître les éosinophiles du sang et que, en dehors de la poussée, le taux des éosinophiles soit normal ou légèrement élevé. Cette déduction de nos faits est conforme à ce qui a été observé par d'autres auteurs.

IV

OBSERVATIONS

A. — *URTICAIRES SANS GASTRITE ATROPHIQUE*

Obs. A. 1. — Dup... André, 19 ans, 21 janvier 1936. Il y a quinze jours, des huîtres ont provoqué un petit syndrome toxique avec diarrhée. Dix jours plus tard, c'est-à-dire il y a cinq jours, apparition d'une urticaire banale généralisée avec gros œdème des lèvres. Actuellement urticaire en voie de disparition: plaques rouges bordées sur le tronc, très prurigineuses.

Digestions excellentes. Aucune influence ni des aliments ni d'aucune autre condition sur l'urticaire. Pleurésie droite l'an dernier.

Le 24 janvier 1936, nouvelle poussée généralisée d'urticaire, survenue la nuit dernière, avec coliques et diarrhée; le malade avait, le soir, bu du cidre.

Le 29 janvier 1936, les poussées se succèdent. La dernière, celle d'hier, aurait été déclenchée par le séjour dans une pièce surchauffée qui a fait transpirer le malade. Bien que l'urticaire soit intense et généralisée, le malade dit qu'elle est moins forte parce que les lèvres et les mains enflent moins.

Sang : 22 janvier 1936 : Gl. r. 5.720.000; Hg. 95; Vgl. 0,83, aspect normal. Plaquettes 180.000. Gl. bl. 11.400. Neutrophiles 74,5 (Arneth 28, 29, 31, 11, 1). Eosinophiles 0. Lymphocytes 4 (2 petits). Monocytes 21,5 (15 sans grains). Acides biliaires 0.

Suc gastrique d'histamine : HCL libre 1,8; ac. totale 2,8; chl. total 5,1.

Gastroscopie, 27 janvier 1936 : estomac normal, à plis particulièrement développés; muqueuse non fragile.

Obs. A. 2. — (Spéciale : examen fait quatre ans après une poussée fugace d'urticaire.)

Bau... Cécile, 40 ans, maraîchère, 10 février 1936. La malade vient montrer de gros paquets variqueux, dont M. Delater entreprend le traitement. Elle raconte en outre que cinq heures environ après les repas, ses aliments « remontent », qu'il ne s'est jamais produit de vomissements; lourdeurs d'estomac et congestion de la face après les repas. Malade très grasse, surtout depuis dix ans. Constipation opiniâtre. Faim continuelle. Tension 19-10, oscill. 3 (Pachon).

Il y a quatre ans, poussée d'urticaire généralisée qui est survenue sans aucune raison et a duré huit jours; depuis, rien.

Sang, 10 février 1936 : Gl. r. 5.488.000; hg. 90; vgl. 0,93; aspect normal, réticulocytes 1 %. Plaquettes 460.000. Gl. bl. 11.600. Neutro 62 (Arneth 22, 42, 34, 2, 0). Eosinoph. 4. Lympho 11 (1 petit). Monoc. 23 (16 sans grains azur).

Suc gastrique d'histamine, 8 février 1936 : HCL 0; ac. totale 0,8; chl. total 3,6.

Gastroscopie, 17 février 1936 : Estomac hypertonique; plis normalement développés; muqueuse non fragile. Muqueuse photophage d'un rouge sombre, brun mat.

B. — URTICAIRES AVEC GASTRITE ATROPHIQUE

Obs. B. 1. — Urticaire aiguë sans cause. Gastrite mame-lonnée atrophique.

Di... Augustine, 43 ans, employée, 25 octobre 1935. Sans aucune cause alimentaire, médicamenteuse ou autre, la malade a été prise il y a trois jours d'une crise d'urticaire. Elle n'en avait jamais eu. Cette crise a commencé par les membres inférieurs; en 24 heures, elle était répandue sur tout le corps. En même temps : état vertigineux, nausées sans vomissements, sauf ce matin où quelques mucosités bilieuses ont été rejetées. Pas de constipation.

L'examen montre une urticaire généralisée qui paraît en voie de disparition. Les plaques ne sont plus très gonflées, mais seulement légèrement succulentes et érythémateuses. Cependant, sur les cuisses, existent encore des placards ortiés caractéristiques. Le dos des mains est un peu gonflé : il l'a été beaucoup la veille. Prurit encore vif.

Sang, 30 octobre 1935 : Gl. r. 4.888.000; Hg. 95; Vgl. 0,97; réticulocytes 1 %. Plaquettes 264.000. Gl. bl. 10.400. Neutro 77 (Arneth 20, 34, 39, 7, 0). Eosino. 1,5. Lymphoc. 6,5 (2,5 petits). Monoc. 15 (4,5 à granul.).

Suc gastrique d'histamine : HCL +; ac. libre 1,6; ac. totale 2,5; chl. total 3,5.

Gastroscopie, 18 novembre 1935 : Estomac hypertonique, intolérant l'air. Kinésie normale. Aspect très nettement œdématié. Œdème très prononcé des piliers et de l'angle gastrique qui bombent dans l'estomac en lèvres de tapir. Gastrite mamelonnée antrale généralisée, mais, chose très particulière, les mamelons paraissent en plusieurs endroits aplatis et nacrés. Sur la petite courbure, capillarités très visibles. Donc gastrite mamelonnée à tendance atrophique très nette.

La malade a guéri de son urticaire en quelques jours.

Obs. B. 2. — Chez une malade atteinte d'anémie légère et d'atrophie gastrique, urticaire aiguë fugace.

Tinb... Jacqueline, 25 ans. Bien portante jusqu'à 25 ans; réglée à 12 ans, règles abondantes, trois jours. Un enfant à 23 ans, bien constitué, mais qui a dû être soigné pour anémie légère.

Femme petite, très musclée, surtout aux membres inférieurs.

Première partie de l'observation. Examen le 18 novembre 1935. En février 1935, appendicectomie pour point douloureux abdominal; l'appendice apparemment sain contenait quelques calculs stercoraux. En mars-avril 1935, « anémie cérébrale », avec faiblesse, irritabilité, céphalée, perte de mémoire et dispa-

rition presque complète des règles (un jour et très peu de sang); cet état fut soulagé par des injections de strychnine et de phosphore.

Au début d'octobre, grippe; depuis, état très mauvais : *fatigue extrême* qui oblige à cesser toute activité et à rester au lit, perte de mémoire, impossibilité de coordonner des idées, « impression d'avoir trop bu », « locomotive dans la tête », irritabilité extrême, tendance à la diarrhée, règles diminuées (le jour de l'examen).

L'examen est complètement négatif; tout est normal: cœur, poumons, foie, rate, ganglions, abdomen, système nerveux; tension 14-8 (oscill. 2 au Pachon).

La seule particularité est une longue histoire digestive. Depuis l'âge de 18 ans, digestion mauvaise : après le repas de midi, lourdeur, envie de dormir, aigreurs (remontée fréquente d'un liquide « corrosif »); la sensation de lourdeur dure de 13 à 16 heures. Le soir, le repas (suivi de repos) est apparemment bien digéré; mais si la malade a un peu trop mangé, elle a mal au cœur après 2 heures, et rend le matin, au lever, son dîner aigri.

Suc gastrique d'histamine : HCL libre 1,9; ac. totale 2,8; chl. total 4,1.

Sang : 18 novembre 1935 (second jour des règles) : Gl. r. 4.064.000; hg. 100; vgl. 1,23; très légère anisocytose avec macrocytose 2 %; quelques rares poïkilocytes et hématies allongées, couleur normale avec quelques rares hématies trop pâles et quelques rares microcytes légèrement hyperchromes, réticulocytes 2 %. Plaquettes 152.000. Gl. bl. 5.600. Neutro 52,5 (Arneth 13, 37, 41, 8, 1). Eosino. 2. Baso 0,5. Lymphocytes 13 (4 petits). Monoc. 31,5 (6,5 à granul.). Eléments intermédiaires 0,5. Coagulation 20'. Rétraction normale. Saignement 8'. Lacet très faiblement positif (3 à 4 pétéchies après 10'). Sérum d'abondance

normale et de couleur très légèrement plus pâle qu'à l'état normal.

22 novembre (après la fin des règles) : Gl. r. 4.180.000; Hg. 95; Vgl. 1,14. Plaquettes 912.000.

GastroscoPie, 20 novembre 1935 : vive intolérance à l'air; estomac petit, hypertonique; antre préfermé. Plis très peu développés; face antérieure, presque lisse; la zone cérébroïde présente quelques plis de très peu d'étendue. Muqueuse extrêmement pâle, surtout au niveau de la petite courbure de l'angle gastrique et du pilier antérieur, qui sont chamois tirant sur le blanc; toutefois sans atrophie nacrée. En résumé : atrophie gastrique, pâleur de la muqueuse.

On prescrit 4 gr. de protoxalate de fer par jour pendant dix jours, le 9 décembre 1935; le fer a été bien toléré. Les troubles ont beaucoup diminué; en particulier est disparue la sensation d'ivresse; sommeil excellent; appétit bon, mais la malade ne peut manger beaucoup, sous peine d'avoir des digestions difficiles. On monte à 5 gr. de fer par jour.

Sang : 9 décembre 1935 (après dix jours de fer) : Gl. r. 4.780.000; Hg. 95; Vgl. 0,99, taille normale (quelques rares microcytes), forme normale (quelques rares hématies allongées), couleur normale, réticulocytes 0,5 %. Plaquettes 348.000. Gl. bl. 10.400. Neutro 60 (Arneth 7, 28, 53, 11, 1). Eosinoph. 2,5. Baso. 0,5. Lymphoc. 13 (4 petits). Monoc. 23 (7 à granul.). Eléments intermédiaires 0,5. Plasmazelle 0,5 (lymphoblastiques).

6 janvier 1936 (après cinq semaines de fer, 5 gr. par jour) : Gl. r. 4.440.000; hg. 80; vgl. 0,90, taille normale (quelques rares microcytes), forme et couleur normales, réticulocytes 2 %. Plaquettes 536.000. Gl. bl. 8.200. Neutro 55,5 (Arneth 8, 37, 44, 11, 0). Eosino. 3. Lympho. 18,5 (14,5 petit). Monoc. 23 (2 à granul.).

Le 7 janvier, la malade, qui allait beaucoup mieux, s'est enrhumée, fièvre, etc.; elle a recommencé à dormir très mal; toujours aussi nerveuse, très irritable.

Le 19 février. Depuis six jours, céphalées terribles, frontales ou apicales, qui durent toute la journée, du réveil au début du sommeil : ces céphalées disparaissent quand la malade sort à l'air. Toute la journée, tendance au sommeil de « brute » ; sueurs la nuit (on pense à une intoxication oxycarbonée). Appétit excellent. Par la suite, la malade va beaucoup mieux.

Seconde partie de l'observation. 23 mars 1936. La malade prend 5 gr. de fer par jour depuis trois mois. Elle a cessé le 12 mars, partant à la campagne. Le 20 mars, elle a commencé une nouvelle boîte de cachets de *protoxalate* qui était restée chez elle non entamée depuis trois semaines et venait de chez le même pharmacien. Le lendemain, 21 mars — sans aucune raison, sans avoir mangé rien d'anormal, ni de mauvais, sans aucun trouble digestif (ni diarrhée, ni constipation) — la malade est, pour la première fois de sa vie, couverte d'urticaire. Cette urticaire continue les jours suivants et le 23 mars nous voyons sur le tronc et les membres la fin d'une poussée caractérisée par des éléments rouges typiques, très prurigineux. On prescrit 6 gr. par jour de *carbonate* de fer. Le traitement a été commencé le 24 à 19 heures.

Le 24 au matin, énorme œdème des lèvres; le soir, encore des démangeaisons. Depuis, rien et excellentes digestions. Le 26, forte migraine qui a commencé après le dîner et a duré toute la nuit.

Le 27, état tout à fait normal.

Donc, urticaire qui *semble* déclenché par le protoxalate de fer et calmé par le carbonate de fer. Il est possible que le fer n'ait joué aucun rôle pour la guérison; en tout cas il ne l'a pas empêchée.

Le 6 avril, l'état de santé est parfait.

Sang à cette date : Gl. r. 5.104.000; Hg. 90; Vgl. 0,88, quelques rares microcytes, réticulocytes 2 %. Plaquettes 564.000. Gl. bl. 10.200. Neutro. 65 (Arneth 15, 21, 48, 15, 1). Eosino. 0. Lymphoc. 11 (3 petits). Monoc. 24 (13,5 sans granul.).

CONCLUSIONS

1. — Les urticaires non digestives sont celles où l'influence des aliments et de l'absorption intestinale est nulle.

2. — Les urticaires non digestives *chroniques* ont des caractères communs qui les opposent à ceux des urticaires digestives :

l'estomac est normal (à moins d'affection surajoutée) alors que les urticaires digestives (à part quelques rares cas durant depuis peu) présentent des gastrites atrophiques. A muqueuse normale s'associe une sécrétion chlorhydrique normale; les quelques exceptions à cette règle peuvent s'expliquer par des maladies intercurrentes;

l'éosinophilie, d'ailleurs modérée, est presque constante, alors que les urticaires digestives ne s'accompagnent pas d'éosinophilie;

le traitement ferrugineux échoue, alors qu'il est généralement très bon dans l'urticaire digestive.

3. — Les causes provocatrices de la poussée urticaire sont souvent difficiles à préciser. Quelques cas

concernent nettement des urticaires d'échauffement. Chez l'une de ces malades, la crise était *immunisante*, à la façon d'un choc anaphylactique.

4. — Certaines urticaires chroniques, qui paraissent peu fréquentes, sont à la fois digestives et non digestives; elles participent aux caractères de chacune de ces variétés.

5. — Pour les urticaires non alimentaires aiguës et fugaces, le peu de cas rapportés ne permet que des conclusions provisoires. L'estomac peut y être normal ou lésé antérieurement de gastrite atrophique. L'éosinophilie peut manquer ou être légère; la crise tend à faire disparaître du sang les leucocytes à granulations éosinophiles.

Vu : *Le Doyen*,
M. ROUSSY.

Vu : *Le Président de Thèse*,
M. GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
M. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- CHEVALLIER (Paul), MOUTIER (Fr.), SEVAUX (A.), ELY (Z.), STEWART (W), et MOLINE (R.). — La gastrite atrophique des urticariens. (*Soc. franç. de dermatologie*, 8 novembre 1934.)
- CHEVALLIER (Paul) et MOUTIER (Fr.). — Les gastrites atrophiques diffuses. (*Archives des mal. de l'appareil digestif*, t. XXV, n° 2, février 1935.)
- CHEVALLIER (Paul). — Les gastropathies muettes ou presque muettes et leur importance en pathologie générale. (*Bull. médical*, 6 avril 1935.)
- CHEVALLIER (Paul) et MOUTIER (Fr.). — L'estomac des urticariens. (*Congrès international de dermatologie*, septembre 1935, Budapest; et *Soc. franç. de gastro-entérologie*, octobre 1935.)
- CHEVALLIER (Paul) et MOUTIER (Fr.). — Magenuntersuchungen bei Hauterkrankungen, *Mediz. Welt.*, 1936, numéro 6.)
- CHEVALLIER (Paul) et MOUTIER (Fr.). — Les urticaires avec gastrite atrophique et les urticaires sans gastrite atrophique. (*Annales de dermatologie*, mai 1936.)

IMP. CENTRALE, 5, RUE ERARD, PARIS. TÉL. DID. 49-82
